

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

323

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

De la Démence Précoce consécutive au mal comitial

PAR

Jules THOMAS

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de la Maison nationale de Charenton

Président de Thèse : M. le Professeur CLAUDE



“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi - PARIS

1923

323

**De la Démence Précoce
consécutive au mal comitial**

358

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

De la Démence Précoce consécutive au mal comitial

PAR

Jules THOMAS

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de la Maison nationale de Charenton

Président de Thèse : M. le Professeur CLAUDE



“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi - PARIS

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFART.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIERE.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBE (H.).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC.	
DEBRE.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. TAUTY

Qui fut mon premier maître.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de mon affection filiale et en
remerciement des sacrifices qu'ils ont con-
sentis pour moi.

A MA FEMME

En témoignage de mon attachement et de
ma tendre reconnaissance.

A MES FRERES ET A MES SŒURS

En remerciement de leur affection sincèrement partagée.

A MA COUSINE, MADAME L. LAPLEAU

En faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES PARENTS — A MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR LANDOUZY,
Membre de l'Académie de Médecine,
Doyen de la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Laennec.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR L. OMBREDANNE,
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Qui m'a fait l'honneur de m'accepter à deux reprises comme externe dans son service et m'y a fait un accueil dont je garde un souvenir reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. SCHWARTZ,
Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CHEVRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

Qui dès le début de mes études a été pour moi un maître indulgent et n'a cessé depuis de me manifester son affectueuse sollicitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. COUVELAIRE,
Professeur à la Faculté,
Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. CLAUDE,

Professeur à la Faculté,

Médecin de l'Asile clinique.

Mon Président de Thèse.

Interne à Charenton depuis trois ans, je suis heureux de pouvoir exprimer ici ma reconnaissance à M. le Docteur L. MARCHAND et à M. le Docteur R. MIGNOT, Médecins-Chefs de la Maison Nationale. Après m'avoir accueilli comme interne provisoire, avec une bienveillante indulgence, ces Maîtres éminents ont été pour moi des initiateurs, dont les conseils m'ont été précieux et dont la constante bonté m'a profondément touché. C'est à leur enseignement que je dois d'avoir acquis ce que je sais en médecine mentale, et, si je parviens au but que je me suis proposé, je n'oublierai jamais que c'est à ces deux Maîtres que je le dois.

Cette thèse m'a été inspirée par M. le Docteur Marchand, dont je suis actuellement l'interné et je prie ce Maître de vouloir bien accepter l'expression de ma profonde gratitude pour les conseils qu'il ne m'a pas ménagés et l'aide toute particulière qu'il m'a apportée dans la rédaction de ce travail.

Ce serait me montrer ingrat envers mes camarades d'internat que de ne pas les remercier des bonnes années vécues ensemble, et le Docteur E. ADAM, Médecin-Chef des Asiles, me permettra de lui dire particulièrement combien sont grands mes regrets de le voir quitter notre salle de garde après trois ans de vie commune.

INTRODUCTION

La démence précoce est une psychose débutant chez de jeunes sujets ayant généralement présenté jusqu'alors un développement intellectuel normal.

Elle est caractérisée par un affaiblissement spécial des facultés intellectuelles, apparaissant en général rapidement et se terminant, le plus souvent, par un état de déchéance chronique, allant jusqu'à l'absence de toute manifestation d'activité mentale.

L'affaiblissement prononcé de toutes les facultés intellectuelles avec désordre des idées et incohérence du langage, fait de cette psychose une démence, et cette démence est précoce, d'abord parce qu'elle s'installe chez des sujets jeunes, n'ayant pas encore ou ayant à peine terminé leur développement cérébral, et, ensuite, parce que l'affaiblissement intellectuel, manifesté dès le début de la maladie mentale, évolue avec une rapidité inaccoutumée vers la déchéance finale.

« Le terme de Démence Précoce est destiné, par conséquent, à désigner d'une façon provisoire l'ensemble des processus morbides qui, sous des formes cliniques différentes, aboutissent à une démence spéciale. Or, par une analyse approfondie, on arrive à découvrir les traits fondamentaux de cette démence, même pendant les stades initiaux, et cela, au milieu

de troubles mentaux qui, au premier abord, semblent fortement différer les uns des autres » (1).

Si au début de l'affection, grâce à la connaissance de ces traits principaux, il est possible de différencier des types cliniques suffisamment tranchés et possédant chacun des caractères propres ou ayant une évolution déterminée, il n'en est plus de même à la période de démence, vers laquelle tendent les différentes formes et où elles se confondent dans l'anéantissement final.

De sorte que, sans nous attarder à discuter la valeur respective des classifications actuelles et sans chercher à délimiter la symptomatologie propre à chacune des variétés de démence précoce, nous nous contenterons d'admettre que la démence précoce peut se présenter sous trois formes ayant une symptomatologie et une évolution particulière :

1° La forme hébéphrénique, caractérisée : par un ralentissement des fonctions psychiques, avec prédominance de l'automatisme cérébral; par l'affaiblissement ou l'abolition des sentiments affectifs et moraux; par des idées délirantes polymorphes; par de la confusion dans les idées;

2° La forme catatonique, caractérisée : par un ralentissement ou une suspension des fonctions psychiques s'accompagnant de négativisme, de suggestibilité, de stéréotypies et par des phases de dépression et d'agitation. La catatonie est un symptôme constant, quant au gâtisme, fréquent dans cette forme, il est généralement intermittent;

(1) WEYGANDT-ROUBINOVITCH (*Atlas manuel de psychiatrie*, p. 373).

3° La forme paranoïde, qui ne diffère de la variété hébéphrénique que par la persistance et la tendance à la systématisation des idées délirantes. La démence totale est tardive, jusque là la mémoire est bien conservée, et il n'existe pas de confusion dans les idées.

La démence précoce étant ainsi définie et ses variétés déterminées, il est reconnu, depuis longtemps, que certaines formes s'accompagnent de manifestations épileptiques; Kahlbaum, dès 1874, les a signalées dans la démence catatonique, et Chaslin, dans ses *Eléments de sémiologie et clinique mentales*, parus en 1912, écrit que : « dans tous les types on peut rencontrer des accès épileptiformes ». D'autre part, parmi les épileptiques dont l'affaiblissement intellectuel est suffisamment prononcé pour mériter le nom de démence épileptique, il existe des sujets dont la démence revêt les caractères de la démence précoce.

Si nous rattachons au premier groupe les cas de sujets présentant des crises épileptiques, au moment où le syndrome démence précoce est nettement caractérisé, il reste cependant une catégorie de malades intermédiaires entre les déments précoces avec accès épileptiformes et les déments épileptiques à caractère de déments précoces.

Nous voulons parler des malades qui, primitivement atteints d'épilepsie idiopathique, présentent, dans la suite, après disparition des accès comitiaux, le syndrome démence précoce. C'est cette démence précoce consécutive au mal comitial, signalée incidemment par quelques auteurs et, qui n'a pas encore fait l'objet d'une étude spéciale, que nous nous proposons d'envisager.

CHAPITRE PREMIER

Des différents rapports de la démence précoce avec l'épilepsie

De nombreux auteurs ont remarqué que l'épilepsie pouvait se manifester au cours de l'évolution des divers états mentaux et tous sont d'accord sur la coexistence possible de l'épilepsie et des psychoses.

Particulièrement l'apparition de manifestations comitiales dans le développement des états démentiels précoces a été l'objet déjà de plusieurs travaux. Kahlbaum, en 1874, dans son étude sur la catatonie indique que : « dans cette affection, outre les symptômes psychiques, peuvent survenir encore, au nombre des signes essentiels, des phénomènes d'ordre moteur ayant le caractère général des convulsions ». Mlle L. Moravitz, étudiant les formes associées de catatonie et d'épilepsie, en reconnaît, non seulement la fréquence, mais indique, de plus, combien il est difficile de faire la part qui revient dans l'affection, soit à la psychose, soit à la névrose, et de préciser quels sont leurs rapports. Krœpelin signale l'existence de manifestations épileptiques dans la démence pré-

cocce ; « il s'agit, dit-il, de défaillances ou de contractions épileptiques ». Trømner décrit des attaques convulsives dans la catatonie. M. Masoin, dans une communication au congrès de Bruxelles de 1903, rapporte plusieurs observations de démence précoce compliquée d'épilepsie, dont deux surtout sont fort nettes : la IV^e, où la démence précoce ayant débuté à 24 ans, le premier accès épileptique se manifeste à 50 ans ; la V^e, où la démence précoce est apparue à 21 ans, et l'épilepsie à 23 ans. Signalons encore une présentation de malade à la Société de Neurologie, par Ballet, 11 mai 1906 ; il s'agit d'un dément précoce présentant des attaques épileptiformes. M. Trepsat, dans sa thèse, rapporte l'observation d'un dément précoce, dont le premier symptôme fut une attaque clonico-tonique avec perte de connaissance. L'observation XVIII de la thèse de Chenais est celle d'une démence catatonique, dont le début fut marqué par un ictus clonico-tonique. Mlle Pascal donne l'observation d'une malade, démente précoce qui, d'une part, avait présenté quelques légères crises convulsives avant l'apparition des premiers phénomènes délirants et qui, d'autre part, fit un ictus épileptiforme pendant la convalescence d'une grippe gastro-intestinale. Dans le même travail l'auteur communique une observation de M. Courbon, celle d'un dément catatonique, dont la maladie débuta par plusieurs ictus épileptiformes.

Il est donc bien établi que des accès convulsifs peuvent survenir au cours de la démence précoce, mais il faut savoir que les accès ne revêtent pas toujours les caractères cliniques des crises comitiales ; ce sont souvent, comme le font remarquer Ségla et Chaslin, des attaques dont le caractère est mal déter-

miné et très vague, se sont des attaques épileptiformes.

M. Marchand, par contre, a publié, dans une étude sur l'épilepsie chez les déments précoces, les observations de trois sujets atteints de démence précoce ayant présenté des ictus dont la nature comitiale ne peut faire de doute.

Dans l'observation I, il s'agit d'un dément précoce dont la maladie débute à 19 ans, et qui présente une crise d'épilepsie à 21 ans.

L'observation II est celle d'une démence précoce débutant à 22 ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Deux accès épileptiques se manifestent au cours de la fièvre typhoïde et un troisième à 23 ans.

Quant à l'observation III, celle d'une démence précoce débutant à 11 ans par un accès épileptique, intéressante en plus à un autre point de vue, nous la reproduisons in-extenso dans notre travail.

Pour compléter cette mise au point de la question de l'association de l'épilepsie et de la démence précoce, nous donnons ci-après l'observation d'une malade de 62 ans, démente précoce depuis l'âge de 28 ans, qui présente une première attaque épileptique à 36 ans.

OBSERVATION I

Malade de 62 ans, démente précoce à 28 ans, épileptique à 33 ans. Diminution des crises sans modification du syndrome mental.

Mme B..., âgée de 33 ans, entre à la Maison Nationale de Charenton en décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 78 ans, bien équilibré. Mère fantasque, ayant des idées orgueilleuses. Deux cousins germains du côté de la mère sont morts suicidés. Un frère aliéné, puis guéri, meurt à 44 ans; un autre frère, alcoolique, meurt à 50 ans.

Antécédents personnels. — D'une santé généralement bonne, a eu une instruction soignée. Quoique d'un caractère entier, elle était pourtant douce et plutôt bien équilibrée. Mariée à 26 ans, elle eût trois enfants morts-nés, la déception qu'elle éprouva de ces trois accidents semble avoir été très grande.

A 28 ans, Mme B... devient mélancolique, puis présente des crises nerveuses, pendant lesquelles elle énonce des idées de persécution. Elle accuse sa famille de ne plus l'aimer, se plaint qu'on l'abandonne, qu'on ne s'occupe pas d'elle. Ces crises, au début espacées et ne durant pas plus d'une heure, deviennent de plus en plus fréquentes. En même temps apparaissent des hallucinations de l'ouïe : « on lui parlait de tout ». Devenue violente et menaçante envers les membres de sa famille, Mme B... est placée dans une maison de santé ouverte, où elle reste huit mois sans amélioration.

Après un séjour dans sa famille de deux à trois mois, il n'est plus possible de la garder, et Mme B... est placée de nouveau à Suresnes. Toujours mélancolique et surtout persécutée, la malade présente à cette époque des idées de grandeur; elle se croit duchesse. Mme B... reste 4 à 5 ans à Suresnes, puis est transférée à la Maison Nationale de Charenton, en 1894, avec le certificat suivant : « Est atteinte de délire mélancolique, avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, et périodes d'excitation, pendant lesquelles elle devient violente contre les personnes de son entourage. Suresnes, 24 décembre 1894. Dr R... »

Les certificats de 24 heures et de quinzaine, en plus des troubles mentionnés dans le certificat d'admission,

notent une diminution de la mémoire et précisent que le langage et les écrits de la malade sont incohérents.

Trois ans après son entrée à la Maison Nationale, en décembre 1897, Mme B... présente une première crise épileptique; l'année suivante, la malade a de nouveau une crise convulsive, et bientôt les attaques épileptiques deviennent relativement fréquentes, se répétant au rythme de 1 à 3 par mois.

Incohérente et méfiante, la malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose, repousse le médecin à la visite, craignant qu'on en veuille à ses affaires. Elle a dans sa chambre un berceau et une poupée, et, telle une enfant, elle s'amuse avec ces jouets, prenant soin de sa poupée, la couchant et la berçant, ou bien la promenant dans ses bras, et elle se fâche quand on y touche. Assez fréquemment, elle présente des crises d'excitation, pendant lesquelles elle frappe les personnes de son entourage.

Actuellement, après 29 ans d'internement à la Maison Nationale, Mme B... ne présente pas de changement. Agée de 62 ans, elle est en excellente santé physique; elle présente un certain degré d'obésité, remarquable en ce que la graisse est disposée d'une façon segmentaire, comme dans la maladie de Dercum, mais on ne constate aucun phénomène douloureux. Elle ne gâte pas et mange seule, quoique malproprement.

Lorsqu'on pénètre dans sa chambre, elle nous accueille par un flux de paroles incompréhensibles, parmi lesquelles on distingue cependant : « laissez-moi tranquille! ». On a l'impression que la malade parle une langue étrangère, très vite et sur un ton de colère. Elle manipule un journal en tous sens, sans paraître s'y intéresser, et fait avec les lèvres un geste stéréotypé, qui donne l'impression auditive d'un baiser à vide. Elle a toujours sa poupée dans sa chambre et continue à s'en amuser, sans permettre qu'on y touche. Elle s'occupe également d'une tapisserie, à laquelle elle travaille d'une

façon automatique, avec une aiguille après laquelle elle ne met pas de laine.

Au cours de l'interrogatoire, Mme B... présente plusieurs fois des mouvements de colère et nous menace du poing.

Les attaques épileptiques sont maintenant plus rares; on en note : 4 en 1921, 5 en 1922, et aucune depuis le début de 1923.

La démence épileptique, qu'elle soit consécutive à des accès convulsifs fréquemment répétés ou à de simples vertiges, est un aboutissant commun de l'épilepsie. Elle présente la particularité d'être progressive et de frapper surtout des sujets jeunes. Suivant l'âge du sujet chez qui s'installe cette démence épileptique, elle revêt des formes bien distinctes :

« 1° Quand l'affaiblissement intellectuel survient dans les premières années de la vie, les malades ressemblent à des idiots congénitaux ;

« 2° Quand la démence survient avant la puberté, les malades ressemblent à des imbéciles ;

3° Quand la démence survient à la puberté ou dans les quelques années qui la suivent, les malades ressemblent à des déments précoces » (1).

Ainsi, il existe des épileptiques chez qui, à l'âge de la puberté, ou dans les quelques années suivantes, se développe une démence présentant les caractères de la démence précoce. Chez ces malades, on constate un affaiblissement intellectuel spécial, respectant pendant un temps les acquisitions antérieures; le malade continue à savoir lire et écrire, conserve le souvenir

(1) L. MARCHAND. Epilepsie et démence épileptique (In *Rev. de psychiatrie*, 1907, p. 231).

de ce qu'il a appris. Le trouble consiste surtout en une apathie que rien ne saurait vaincre, le malade restant des heures sans bouger. Les sentiments affectifs s'affaiblissent et tendent à disparaître. Des idées délirantes peuvent même s'installer, mais jamais dans ce cas le délire ne sera coordonné, trahissant par là l'affaiblissement intellectuel. Les impulsions et les crises de colère avec violences et bris d'objets sont fréquentes.

Dans ces cas d'association de la démence et de l'épilepsie, les rapports entre la psychose et la névrose sont variables : ou bien l'épilepsie et la démence suivent une marche parallèle, ou bien la démence se développe progressivement sans que l'on puisse noter de modification dans les manifestations comitiales, ou bien encore au fur et à mesure que la démence s'installe, les crises convulsives ou les vertiges diminuent de nombre jusqu'à n'être plus au bout d'un certain temps que des manifestations relativement rares de la névrose primitive. L'observation suivante d'une malade de 46 ans, épileptique depuis l'âge de 10 ans et demi, démente à 31 ans, qui ne présente plus actuellement qu'une crise par an, est particulièrement caractéristique.

OBSERVATION II

Malade de 46 ans, épileptique à 10 ans et demi, démente précoce à 31 ans. Diminution des accès convulsifs.

Mlle R..., âgée de 33 ans, entre à la Maison Nationale de Charenton le 11 Mai 1910.

Antécédents héréditaires. — La mère, âgée de 52 ans, mariée à 18 ans, a eu sa fille à 19 ans. Elle n'a jamais

eu de convulsions, n'a pas fait de fausses couches, mais présente un certain degré de débilité mentale. Le père, âgé de 58 ans, a eu des convulsions dans son enfance, très nerveux, il n'a jamais eu de maladies graves. Il nie tout excès alcoolique, mais comme sa femme c'est un débile mental. La grand-mère maternelle, morte à 61 ans du diabète, aurait été sujette à des crises d'hystérie, durant des heures, deux ans après la mort de son mari, survenue à la suite d'une hernie étranglée. Le grand-père paternel, atteint de sciatique, est mort d'un cancer à l'estomac, à 70 ans. La grand-mère paternelle est morte de pneumonie à 78 ans. Les oncles et les tantes paternels et maternels sont rhumatisants, sans présenter rien de particulier.

Antécédents personnels. — Mlle R... est née à terme, après un accouchement normal et fut allaitée par sa mère. Elle a marché à 16 mois et n'a jamais eu de convulsions. A 18 mois, elle fait une rougeole, et est atteinte de la variole à 5 ans. D'intelligence ouverte, elle apprend facilement, sait lire à 4 ans et écrire à 5. Une fièvre muqueuse qu'elle eut à 8 ans et demi la laisse nerveuse.

A 10 ans et demi, en 1887, Mlle R... présente une première crise convulsive, elle perd subitement connaissance, tombe, est agitée de secousses cloniques et devient noire; la crise dure trois minutes environ et est suivie de stertor sans émission d'urine ni de matières. A l'occasion d'une coqueluche, elle fait en 1889, à l'âge de 12 ans et demi une deuxième crise analogue à la précédente et qui est suivie d'une danse de Saint-Guy qui dure trois mois. L'année suivante une troisième crise est suivie d'un délire hallucinatoire, avec incohérence dans les idées, qui dure une quinzaine de jours. En 1892, peu après l'établissement de ses règles, la malade, âgée de 14 ans et demi, présente quatre crises dans l'année dont deux sont suivies d'accès délirants.

Depuis cette époque, les crises peu fréquentes se succèdent à intervalles très irréguliers, la malade prenant du bromure à petites doses et d'une façon intermittente. Ces crises, d'une durée à peu près égale, trois à quatre minutes, débutent parfois par un cri, les convulsions sont aussi fortes à droite qu'à gauche, le stertor consécutif dure de 1 heure à 2 heures et la malade ne garde aucun souvenir de sa crise. Elle présente parfois de l'incontinence des urines et s'est à plusieurs reprises mordu la langue.

Son éducation, entrecoupée à plusieurs reprises par les accès délirants, est satisfaisante et est particulièrement orientée vers la musique. Depuis l'âge de 21 ans, Mlle R..., professeur de musique, gagne sa vie en donnant des leçons. Plutôt gaie, de caractère enjoué, elle a parfois des mouvements d'impatience avec sa famille mais est très douce avec ses élèves. A ce moment, Mlle R... prend régulièrement 4 grammes de bromure par jour.

Dès l'âge de 28 ans, on note chez notre malade des accès de tristesse se reproduisant à intervalles irréguliers ; elle regrette de ne pas être comme les autres jeunes filles et surtout de ne pouvoir, à cause de sa maladie, songer au mariage.

En juillet 1908, à la suite d'une crise convulsive suivie d'un accès délirant, Mlle R..., alors âgée de 31 ans, se met à faire des actes bizarres, dit des paroles incohérentes et est obligée d'interrompre ses leçons. Ne quittant plus le domicile de ses parents elle s'occupe encore du ménage, brode, mais bientôt ne veut plus rien faire, si ce n'est parfois jouer un peu de piano. Plutôt gaie, cependant, elle parle beaucoup mais ses propos sont déraisonnables, elle passe une partie de son temps à écrire et à griffonner partout. A certains moments et sans motifs, elle a des crises de larmes, appelle ses parents, à d'autres, elle se montre violente envers eux, leur dit des paroles désagréables, grossières même et cherche à les frapper. Le sommeil de la malade est assez bon mais

l'appétit est mauvais, elle mange peu. Les règles se suppriment et la malade engraisse d'une façon anormale, passant dans l'espace d'un an de 118 livres à 152 livres. Les crises, depuis l'apparition du syndrome mental, ne se sont pas modifiées ni dans leur nombre, ni dans leurs caractères.

Etat à l'entrée. — La malade, âgée de 33 ans, présente à l'examen de nombreux signes de dégénérescence : les cheveux sont implantés bas, la voûte palatine est ogivale, les dents, déformées, sont irrégulièrement disposées. Mlle R... présente une obésité à type segmentaire comme dans la maladie de Dercum, mais sans phénomènes douloureux.

A peu près orientée dans le temps, Mlle R... connaît l'année, le mois et le jour de sa naissance, mais dit avoir 39 ans alors qu'elle en a en réalité 33. Elle se croit dans une maison de suppliciés, parce que, dit-elle, elle a entendu qu'on prononçait le mot « supplicié » ; elle ne voit pas qu'elle se trouve au milieu de malades. Elle a des illusions de fausses reconnaissances. Elle sait qu'elle a eu des crises nerveuses, elle se trouvait mal, dit-elle, et perdait connaissance. Puis elle parle seule, prononce des propos incohérents, dit entendre des voix. Elle se trouve bien ici, n'a à se plaindre de personne mais dit que le médecin l'ennuie en l'interrogeant. Elle énumère convenablement les objets qu'on lui montre, compte $5 + 5 = 10$; $6 \times 8 = 48$; $9 \times 8 = 72$; $6 \times 7 = 42$; $9 + 8 = 17$; mais répond 262 quand on lui demande $21 - 6$, dit qu'on lui a soufflé ce chiffre et il lui est finalement impossible de résoudre la soustraction. La malade manifeste de l'indifférence pour ses parents et ne demande pas à les voir.

L'examen physique ne révèle rien du côté des gros appareils ; les urines sont normales. On constate un tremblement de la langue et des extrémités. Les réflexes patellaires sont exagérés. Pas de troubles oculaires ni de la sensibilité.

Après un mois de séjour, les règles supprimées depuis deux ans réapparaissent en même temps qu'une crise comitiale avec convulsions toniques et cliniques qui dure six minutes. La crise est suivie de stertor et on constate une morsure de la langue mais pas de gâtisme.

Depuis son entrée, l'affaiblissement intellectuel a progressé d'une façon continue. La malade a eu à plusieurs reprises des impulsions violentes à frapper ; elle passait la plus grande partie de ses journées parlant seule, riant sans motif, accomplissant des gestes stéréotypés principalement celui de se balancer. L'indifférence émotionnelle s'est accentuée peu à peu au point que la malade ne faisait plus attention aux jours de visites et que la vue de ses parents ne lui causait aucun plaisir.

Voici par année le nombre des crises présentées par la malade pendant son séjour à la maison de santé :

ANNÉES	NOMBRE DE CRISES	ANNÉES	NOMBRE DE CRISES
1909	1	1918	8
1910	0	1919	4
1911	1	1920	9
1912	1	1921	6
1913	10	1922	1
1917 (1)	4		

Etat actuel. — Après 13 ans d'internement, Mlle R..., âgée de 46 ans, présente peu de changement dans son état ; les crises comitiales restent rares. La malade passe son temps assise sur une chaise, ne s'occupant jamais à rien ; quoique peu soigneuse et négligée dans sa tenue, elle n'est pas gâteuse.

(1) Les années 1914-15-16 manquent ; les crises n'ayant pas été relevées régulièrement pendant la guerre.

Quand on l'interroge, elle sourit béatement, tenant les paupières closes et agitées d'un clignotement constant. Elle ne répond aux questions posées que si on insiste ; à l'aide des textes de Binet et Simon on peut évaluer son niveau mental à celui d'un enfant de huit ans. Indifférente pour ce qui l'entoure, elle ne manifeste aucun plaisir des visites de ses parents. Elle dit se trouver bien ici, y être heureuse et ne tient pas à retourner chez elle. Les réponses de la malade sont entrecoupées de grimaces, de sourires, parfois même d'éclats de rire et sont toujours puériles quand elles ne sont pas incohérentes. Ainsi, non seulement elle ne sait pas son âge, mais encore elle dit ou bien qu'elle a 29 ans ou bien qu'elle a 9 mois. Mlle R... est toujours sujette à des phases d'excitation avec impulsions et se livre alors à des violences envers les autres malades ou les infirmières.

CHAPITRE II

Démence précoce apparaissant chez des épileptiques ne présentant plus de crises convulsives

Dans un premier chapitre, nous avons indiqué, d'une part, la fréquence des manifestations épileptiques dans le cours de la démence précoce et nous avons envisagé d'autre part une forme vraiment spéciale de la démence épileptique, puisque cette démence, qui apparaît rapidement, qui évolue sans rapports évidents avec les manifestations convulsives revêt, par contre, les caractères que nous avons assignés à la démence précoce. Nous allons nous occuper maintenant de cas, encore peu étudiés, pour lesquels il s'agit bien d'épileptiques aboutissant à la démence, mais chez lesquels la démence, d'une part, est à type dementiel précoce et, d'autre part, s'installe et évolue alors que disparaissent les accès convulsifs. Ce sont des malades ayant été épileptiques et qui, en fin de compte, ne sont plus que des déments précoces.

Les observations de déments précoces, anciens épileptiques et chez qui les manifestations du mal comitial se sont effacées, au point de disparaître totale-

ment, au moment où s'installait le syndrome de démence précoce, sont rares. Le petit nombre des cas signalés doit tenir, non à leur rareté, mais au fait que, ou bien les antécédents convulsifs des malades étant connus, leur démence est dite épileptique, ou bien leurs antécédents étant méconnus, comme il arrive fréquemment pour les malades des services d'indigents, ces mêmes malades qui ne présentent plus de manifestations comitiales sont considérés comme de simples déments précoces et cela d'autant plus facilement que leur affaiblissement intellectuel les empêche de donner le moindre renseignement.

Au Congrès de médecine mentale de 1890, tenu à Rouen, Charpentier faisant des déments précoces épileptiques le second groupe de sa classification, rappelle les descriptions de Fabret et reconnaît que : « dans la démence précoce de nature épileptique, les vertiges et les attaques deviennent moins fréquents et même disparaissent ».

Que le sens donné au mot démence précoce par Falret et Charpentier puisse ne pas être comparable à ce que nous entendons aujourd'hui par ce terme, il n'en est pas moins évident que le groupe de malades que nous avons en vue dans ce chapitre avait parfaitement été indiqué par eux. Il est vrai que depuis peu d'auteurs se sont occupés de cette catégorie de malades. En 1907, dans la *Revue de Psychiatrie*, M. Marchand, dans un travail sur l'idiotie et la démence épileptique, fait remarquer qu'il arrive que la démence n'apparaisse qu'au moment où l'épilepsie cesse et reconnaît l'intérêt tout particulier que présentent des cas semblables. M. Chaslin, en 1912, signale également un cas de démence précoce chez une ancienne épileptique qui ne présente plus de

crises depuis plusieurs années et dans la discussion de l'observation, cet auteur fait remarquer les problèmes que soulève l'interprétation de celle-ci.

OBSERVATION III ⁽¹⁾

Début de la démence précoce à 11 ans par un accès épileptique.

G. T..., âgé de 19 ans, entre à l'Asile de Blois, le 22 juin 1894.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et épileptique, mort d'une maladie de vessie à 53 ans. Quelques jours avant sa mort, il présenta un délire furieux. Mère bien portante, pas nerveuse.

Grands parents paternels normaux. Grand-mère maternelle mélancolique a tenté de se suicider. Elle est morte à 65 ans d'une tumeur abdominale. Grand-père maternel mort paralysé à 79 ans. G. T... a eu une sœur qui est morte quelques jours après la naissance.

Antécédents personnels. — Rougeole a quatre ans. Développement physique normal. T... apprit assez facilement à lire et à écrire et paraissait assez intelligent. A noter un certain degré de surdité. A l'âge de 10 ans, épistaxis fréquentes.

A 11 ans, sans cause apparente, G. T... eut une crise convulsive ; il perdit brusquement connaissance dans la rue, présenta des mouvements convulsifs généralisés, de l'écume à la bouche ; il urina sous lui pendant l'accès, amnésie consécutive. L'accès dura, d'après sa mère, quelques minutes seulement, G. T... resta obnubilé pendant plusieurs heures après la crise.

(1) MARCHAND. De l'épilepsie chez les déments précoces (*Revue de psychiatrie*, 1908, p. 230).

A partir de cette époque, l'intelligence s'affaiblit vivement et G. T... manifesta des idées mélancoliques. Il disait sans cesse à sa mère : « Si tu mourais, qu'est-ce que je deviendrais ? » Il refusait de sortir, de s'occuper, il restait immobile des heures entières. A cette période de tristesse succéda des périodes d'agitation au cours desquelles il voulut tuer son père, refusa la nourriture et perdit tout sommeil. En quelques années, l'intelligence s'affaiblit profondément. Le malade qui parlait correctement ne prononça plus les mots qu'en mâchonnant. Plusieurs fois il quitta le domicile de ses parents, s'en alla errant dans la campagne. Ses accès de violence devinrent plus fréquents et ses parents le placèrent à l'asile de Blois.

A son entrée à l'Asile, G. T... a la façon et l'attitude d'un imbécile, la figure est inexpressive et asymétrique, les lèvres sont épaissies, les dents implantées vicieusement et cariées ; les oreilles sont décollées. Les membres et le corps sont bien constitués. Goître de la grosseur d'une mandarine portant surtout sur le lobe gauche de la glande thyroïde.

G. T... comprend difficilement ce qu'on lui dit. Il rit niaisement quand on lui adresse la parole ; il répond par des phrases souvent incompréhensibles au cours desquelles on reconnaît les mots : « Pas mal, merci, bon tabac, beau gilet. » Il ne peut dire ni son âge ni l'année actuelle ; il donne son nom et son petit nom.

Les jours suivant, G. T... reste toute la journée debout dans un coin : il est calme, assez propre, mange bien. Cet état persiste sans changement jusqu'à la fin de juillet et ses parents tentent de le reprendre. Aussitôt sorti de l'asile, G. T... demande à y revenir sans vouloir donner aucune explication de cette décision.

Les mois suivants, des crises d'excitation surviennent qui durent deux ou trois jours. Pendant ces crises, G. T... parle sans arrêt, fait des gestes ; les paroles qu'il prononce sont incompréhensibles ; il ouvre à peine la bouche

pour les prononcer; il se déshabille sans cesse; il cherche à égratigner les personnes qui approchent.

Le même état persiste dans la suite. Les parents tentent cependant une nouvelle sortie en juillet 1895, le malade refuse absolument de quitter l'asile.

Août 1896. Habituellement calme, G. T... sourit naïvement quand on lui parle. Il ne comprend pas la plupart des questions qu'on lui adresse, n'a aucune initiative, est très maladroit. Mauvaise tenue.

Janvier 1897 : Accès intermittents d'agitation maniaque au cours desquels G. T... se montre parfois violent. Irrégularité dans la succession et la durée de ses accès. Le plus souvent ils sont courts et ne durent que quelques jours. Ils apparaissent brusquement et disparaissent de même.

Satisfaction béate. Dans ses mouvements d'excitation, G. T... se déshabille, prononce des paroles incompréhensibles, s'irrite facilement et cherche à égratigner les personnes qui l'approchent.

Le même état persiste les années suivantes. On relève cependant que le défaut de prononciation a augmenté à un point tel qu'il est très difficile aujourd'hui de comprendre même quelques mots quand le malade parle.

En mars 1906, nous relevons chez ce malade l'état physique et intellectuel suivant. Embonpoint normal, pas de troubles des fonctions circulatoires, respiratoires et digestives.

Les sensibilités générales et spéciales paraissent normales. Léger degré de surdité bilatérale.

Réflexes patellaires très exagérés. Pas de réflexe de Babinski.

Réflexes pupillaires normaux, pas de troubles oculaires.

Audition verbale conservée; le malade exécute les actes simples qu'on lui commande. Parole incompréhensible, les mots sont déformés et le malade ne les pro-

nonce qu'en ouvrant à peine la bouche. Des phrases entières sont dites sur le même ton et très vite.

On peut encore faire lire le malade ; il lit quelques mots très vite et rit ensuite d'une façon niaise sans comprendre ce qu'il a lu. G. T. refuse d'écrire.

Perte de la mémoire, il ne peut dire la date de sa naissance, son âge, l'année actuelle, etc... Il ne se rend aucun compte de l'établissement où il se trouve.

L'affectivité est très affaiblie, il ne témoigne jamais le désir de voir sa mère ; quand celle-ci vient le voir, il s'excite immédiatement.

Parmi les paroles qu'il prononce au cours de ses crises d'excitation, on relève des idées niaises de satisfaction, il répète toujours les mêmes phrases, telles que celle-ci : « Ma mère est très riche, j'ai un beau gilet, un beau chapeau, etc... » Mouvements stéréotypés.

On est obligé de l'habiller, de le déshabiller, de le nettoyer.

En résumé, cas de démence précoce ayant présenté comme première manifestation une seule et unique crise d'épilepsie.

Il est évident que dans un tel cas on ne peut attribuer à la crise épileptique une influence sur l'évolution de l'état dementiel. Cette crise a été la manifestation précoce d'une maladie cérébrale qui s'est traduite cliniquement par un état de démence précoce. Cette observation montre que les crises épileptiques ne doivent pas être considérées comme capables de déterminer dans le cerveau des lésions diffuses méningo-corticales entraînant la démence.

Ce cas permet d'établir une forme de passage entre les cas de démence précoce avec crises épileptiques rares mais se reproduisant cependant à intervalles plus ou moins éloignés et les cas de démence précoce consécutive au mal comitial.

OBSERVATION IV ⁽¹⁾

Ancienne épileptique. — Plus d'accès depuis 3 ans. —

Démence sans ralentissement, avec stéréotypies

Her... est une grosse fille de 27 ans, épileptique avec beaucoup d'accès depuis l'âge de 12 ans, mais qui n'en a plus du tout depuis quelques années. Elle est devenue totalement démente. Elle ne répond que le mot m.... quand on l'interpelle, à moins qu'elle ne soit bien disposée, auquel cas elle veut bien vous répondre « jour », ce qui veut dire bonjour, d'une voix perçante et criarde comme celle d'un perroquet. Elle fait invariablement, quand on la sort, une promenade sur la bande pavée qui encadre la cour des agités. Cette promenade est bien particulière; Her... frappe ses pieds avec violence, sur presque tous les pavés, comme si elle les comptait avec ses coups de talon, et elle n'oublie aucun des recoins de la cour; de temps en temps, elle piétine sur place en lançant d'un ton perçant le mot de Cambronne, et en martelant les pavés d'un air courroucé. Si on l'empêche, après cet exercice de rentrer s'asseoir, elle recommence, toujours dans le même sens. Ces actes stéréotypés, à quoi répondent-ils? Il est impossible de le savoir et je n'ai pu avoir de renseignements sur ce point.

...C'est bien une démence précoce dans le sens strict du mot.

(1) PH. CHASLIN. *Eléments de sémiologie et de clinique mentales* (1912, p. 407).

OBSERVATION V

Démence précoce apparaissant à l'âge de 16 ans chez une malade épileptique depuis l'âge de 10 ans. Disparition des accidents convulsifs. La malade est actuellement âgée de 39 ans.

M... âgée de 20 ans, rentre à la Maison Nationale de Charenton, le 4 Mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 57 ans. A présenté un accès d'aliénation mentale à l'âge de 34 ans, terminé par la guérison. Mère âgée de 54 ans, très bien portante. Grand-père paternel alcoolique, une tante paternelle s'est suicidée et une autre est aliénée. Une sœur de la malade est morte de diphtérie à 6 ans. Une autre sœur, âgée de 28 ans, est bien portante. La mère a fait une fausse couche de 3 mois.

Antécédents personnels. — M... a été normale jusqu'à l'âge de 12 mois. Elle a commencé alors à présenter des crises nerveuses caractérisées par de la pâleur du visage et une courte perte de connaissance; ces crises peu fréquentes survenaient, sans cause déterminée, une ou deux fois par mois.

A l'âge de 10 ans, ces malaises se transformèrent en crises épileptiques, se répétant plusieurs fois par mois et principalement la nuit. Les crises débutaient par un cri, la perte de connaissance était complète, les yeux convulsés restaient ouverts, les mouvements convulsifs étaient peu étendus, la bouche était contracturée, salivation mousseuse, amnésie consécutive complète.

Le diagnostic de crises épileptiques a été porté par plusieurs spécialistes, entre autres par le Professeur Raymond. La malade fut soumise, à plusieurs reprises, au régime bromuré, qui d'après les renseignements de la famille aurait eu peu d'influence. Ces accidents con-

vulsifs se reproduisirent jusqu'à l'âge de 16 ans, puis cessèrent complètement. A cette époque, M... fut réglée pour la première fois et resta bien réglée les mois suivants.

D'autres phénomènes nerveux apparurent alors. Le caractère de M... devint difficile; des crises de colère, de mauvaise humeur, de désespoir, survinrent sans motif. M... pleurait souvent; elle avait l'idée que sa figure changeait, que son nez devenait de travers, qu'elle était mal faite, qu'elle était autrement que les autres. Elle manifestait aussi des tendances érotiques, voulait se marier; dans la rue, elle regardait parfois les jeunes gens et leur adressait la parole. Ces troubles augmentent progressivement et nécessitent le placement dans un asile d'aliénés.

A 18 ans, M... est internée à l'asile d'Evreux, où elle reste un an et demi, puis à la Maison Nationale.

A son entrée, on constate les mêmes idées hypochondriaques que celles exposées plus haut. M... manifeste aussi quelques idées de persécution; elle accuse les infirmières de la rendre malade, tout le monde est ligué contre elle; on se moque d'elle, on est jaloux d'elle, car elle a plus d'éducation que les autres.

M... a une certaine conscience de son état maladif; elle reconnaît que ses idées sont « embrouillées », qu'elle ne sait plus ce qu'elle fait, qu'elle n'a plus la « tête à elle ».

On note de nombreux signes physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, dents mal implantées, palais ogival, lobule des oreilles adhérents.

Au point de vue physique, on constate de l'exagération des réflexes patellaires, de la diminution des réflexes plantaires. Pas de troubles pupillaires. L'examen des grands appareils ne décèle rien de particulier.

Dans la suite M... présente des accès de violente colère, au cours desquels elle menace et même frappe les personnes qui sont auprès d'elle, demande que l'on éloigne

les assassins qui l'entourent. Ces crises surviennent brusquement, et se reproduisent tous les deux ou trois mois; la malade en garde le souvenir.

Un état d'affaiblissement intellectuel s'installe progressivement et en 1909, M..., alors âgée de 25 ans, présente le syndrome de la démence précoce.

La mémoire est affaiblie, elle ne peut donner aucun renseignement précis sur ses antécédents, sur son internement, sur les faits qui se sont passés récemment. Elle ignore son âge, la date actuelle; elle donne la date de sa naissance, sait le nom de l'établissement où elle est soignée. A tout ce qu'on lui demande, elle répète par la question elle-même, ou elle répète plusieurs fois les derniers mots de la phrase (Echolalie, persévération). Elle ne paraît pas comprendre tout d'abord ce qu'on lui dit.

Les sentiments affectifs sont abolis, les visites de sa mère ne lui causent aucun plaisir. Gestes stéréotypés : M... se couvre continuellement la face avec un châle. Interrogée sur le motif de cette tenue, elle répond qu'elle ne sait pas pourquoi elle fait ce geste. Accès de rire niais.

Petite plaie au menton due au grattage (geste automatique). Au niveau des ongles, à la racine, il existe un sillon que la malade se fait avec une épingle.

Les crises de colère sont fréquentes et surviennent brusquement, sans cause; la malade s'en prend à des malades inoffensives et les frapperait si on n'intervenait pas immédiatement.

Cet état tend dans la suite vers une certaine amélioration. Les crises de colère deviennent de moins en moins fréquentes et finissent par disparaître. En 1920, on ne constate plus qu'un affaiblissement intellectuel simple, sans délire. M... est incapable de faire une soustraction simple. Elle ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour d'elle. Elle dit tantôt qu'elle a 22 ans, tantôt 25 ans. Elle sait que la guerre est terminée, mais croit que les

Allemands sont vainqueurs. Ses réponses sont brèves et la conversation tombe dès qu'on ne la questionne plus. Aucune idée délirante.

Les sentiments affectifs, sans être redevenus normaux, sont plus développés. M... fait bon accueil à sa mère, mais en dehors de ses visites ne demande jamais après elle.

M... s'occupe assez régulièrement, fait de la broderie, aide au ménage, est propre.

La réaction de Wassermann est négative.

Les crises d'épilepsie ne se sont jamais reproduites.

Actuellement, l'état de M..., non seulement n'a pas continué à s'améliorer, mais même l'amélioration passagère ne s'est pas maintenue. L'affaiblissement intellectuel s'est accentué, les crises de colère avec violences se sont reproduites, les sentiments affectifs se sont effacés, et depuis quelques temps, la malade qui ne s'occupe plus, est gâteuse.

En résumé, il s'agit d'une malade, dont l'hérédité est très chargée, qui est atteinte d'accidents épileptiques frustes, légers à l'âge d'un an. Comme le fait se rencontre fréquemment au cours de l'évolution du mal comitial, les grandes crises ne font leur apparition qu'à l'âge de 10 ans et se reproduisent plusieurs fois par mois. Les crises cessent définitivement à 16 ans ; à cette époque surviennent des troubles psychiques consistant en troubles du caractère, crises de colère et de désespoir, idées de transformation corporelle. La malade est internée à l'âge de 18 ans. On constate alors un ralentissement des fonctions psychiques avec idées de persécution, idées hypochondriaques, impulsions violentes. A l'âge de 25 ans, le syndrome mental revêt les caractères de la démence précoce : affaiblissement intellectuel répondant au

niveau mental de 9 ans, écholalie, perte des sentiments affectifs, gestes stéréotypés, rires sans motifs, crises de colère. Après une période pendant laquelle on constate une légère amélioration, l'affaiblissement intellectuel progresse de nouveau. Actuellement, la malade âgée de 39 ans est gâteuse. La réaction de Wasserman est négative.

OBSERVATION VI

Epilepsie débutant à l'âge de 30 ans chez une malade à hérédité chargée. Diminution du nombre des crises convulsives, puis suspension à l'âge de 47 ans. Apparition de la démence précoce à 41 ans. La malade est actuellement âgée de 50 ans.

Mme S..., hôtelière, âgée de 3 ans, entre à la Maison Nationale de Charenton le 29 juillet 1916.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père alcoolique, mort à 59 ans; mère morte à 48 ans de congestion pulmonaire. Une tante maternelle aurait présenté des crises d'épilepsie. Un frère mort à 23 ans de tuberculose pulmonaire; un autre frère, militaire, considéré par les siens comme « exalté » est mort au Maroc, à l'âge de 43 ans. Une sœur est morte de méningite, une autre, bien portante, est actuellement âgée de 40 ans.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas eu de convulsions, ni de maladies graves dans son enfance. Réglée à 13 ans, et régulièrement depuis, elle s'est toujours bien portée jusqu'à son mariage, mais était très nerveuse au dire de sa famille.

Mariée en 1903, à l'âge de 30 ans, Mme S... présente, sans cause apparente, trois mois après son mariage, une première crise épileptique. Cet accident se reproduit en-

suite au rythme d'une crise par mois, en général au moment des règles et surtout la nuit. Ces crises sont précédées de troubles du caractère permettant de prévoir leur apparition; puis la malade pâlit brusquement, et tombe sans pousser de cri; il y a peu de phénomènes convulsifs, la malade urine sous elle et présente du stertor. Pendant la demi-heure qui suit la crise, on note de l'incohérence des paroles, avec amnésie, mais sans troubles du caractère. Les médecins prescrivent du bromure.

Après 4 ans de mariage, la malade a, une grossesse qui interrompt les crises; elle accouche d'une fille, actuellement bien portante et les crises réapparaissent deux mois après l'accouchement. Il n'y a jamais eu de fausses couches et le mari nie la syphilis.

Ce n'est qu'en 1914, à 41 ans, que viennent s'ajouter aux crises des troubles psychiques; Mme S..., qui se serait surmenée pendant les premiers mois de la guerre, et aurait été très impressionnée par les événements, présente à la fin de 1914 des idées de persécution et d'influence, en même temps que des troubles du caractère éclatant même en dehors de ses crises. L'état de la malade va en s'aggravant et on note bientôt, à côté des crises qui persistent, des hallucinations auditives et cœnesthésiques, des propos incohérents, à travers lesquels apparaissent des idées vagues de persécution, avec impulsions agressives contre l'entourage.

C'est dans ces conditions que la malade est internée le 26 juin 1916 à Ville-Evrard, où elle ne séjourne qu'un mois, et d'où elle est transférée, le 29 juillet suivant, à la Maison Nationale de Charenton, avec le certificat suivant : « est atteinte d'épilepsie et de troubles intellectuels consécutifs... ».

La malade est assez calme au début de son séjour à la Maison Nationale, et ne présente pas de crises pendant 4 mois, puis apparaissent, alternant avec des périodes de calme, des accès d'agitation violente avec

bris d'objets, menaces à l'entourage, langage incohérent. On note aussi à cette époque une orientation et une mémoire assez bien conservées.

L'examen physique ne révèle rien du côté des gros appareils; les urines sont normales. Les réflexes patellaires sont normaux; les pupilles qui réagissent, présentent une légère inégalité au profit de la droite.

Les crises épileptiques deviennent rares et groupées; elles sont constatées à plusieurs reprises par des médecins et sont caractérisées par une chute brusque avec perte de connaissance, pâleur du visage, mouvements cloniques dans les membres, aussi prononcés des deux côtés du corps, émission involontaire d'urine, morsure de la langue et salivation mousseuse; le stertor consécutif dure quelquefois plusieurs heures. On note 3 crises en 2 jours, en septembre 1917, une seule en août 1918, aucune en 1919 et six en 2 jours en septembre 1920. Depuis lors les phénomènes épileptiformes ont complètement cessé.

L'état mental, au contraire s'aggrave; entre ses accès d'agitation d'une violence extrême et s'accompagnant de refus des aliments, la malade reste sans aucun rapport avec l'extérieur, déchire ses vêtements, barbouille les murs de matières fécales, se montre très incohérente.

Etat actuel. — L'examen du fond mental décèle un affaiblissement de toutes les facultés intellectuelles et une disparition à peu près complète de l'affectivité. L'attention est difficilement fixée, la mémoire très troublée; les troubles du jugement sont profonds et la malade se désintéresse complètement du sort de son mari et de sa fille. Les réponses sont incohérentes ou n'ont aucun rapport avec la question; éclats de rire fréquents, et soliloques incompréhensibles, balancements stéréotypés du corps; pas de catatonie; tenue sordide. Il ne semble plus exister actuellement d'idées délirantes, ni de troubles psycho-sensoriels.

Examen physique. — L'état général est bon. Les réflexes patellaires sont normaux; la légère inégalité pupillaire persiste, mais les pupilles réagissent. L'examen des grands appareils ne décèle rien de particulier.

Le Wassermann est négatif dans le sang; on ne trouve ni sucre ni albumine dans les urines.

En résumé, il s'agit d'une malade, dont l'hérédité est chargée, qui est atteinte d'épilepsie à l'âge de 30 ans. Les crises se reproduisent irrégulièrement tous les mois. A l'âge de 41 ans, des troubles mentaux caractérisés par de l'incohérence du langage, des idées vagues de persécution, des hallucinations auditives, des troubles du caractère, des impulsions violentes apparaissent et nécessitent l'internement. Les crises épileptiques se manifestent encore pendant plusieurs années mais deviennent de plus en plus rares. Elles cessent complètement à l'âge de 47 ans. L'état mental présente depuis plusieurs années les symptômes de la démence précoce : affaiblissement intellectuel, incohérence du langage, disparition des sentiments affectifs, gestes et mouvements stéréotypés, éclats de rire sans motifs, périodes d'agitation catatonique avec bris d'objets, violences vis-à-vis des personnes de l'entourage; la malade déchire ses vêtements et se barbouille de matière fécale. Cet état persiste depuis sans changement. La malade est actuellement âgée de 50 ans.

OBSERVATION VII

Démence précoce apparaissant à l'âge de 33 ans, chez une malade épileptique depuis l'âge de 24 ans. Disparition des accidents convulsifs. La malade est actuellement âgée de 37 ans.

Mme R..., âgée de 33 ans, entre à la Maison Nationale de Charenton le 21 novembre 1919,

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler au point de vue mental dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Père mort tuberculeux; mère bien portante, une sœur et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas eu de convulsions ni de maladies graves pendant la première enfance, mais à 13 ans, elle est atteinte d'une chorée, à la suite de laquelle les médecins interdisent le séjour à la mer. Ces troubles nerveux auraient cessé rapidement, mais en laissant après eux un état de nervosité inquiétant l'entourage. Réglée normalement jusqu'à la maladie actuelle pendant laquelle la malade est restée deux ans sans être réglée; actuellement règles normales.

Mariée en 1908, à l'âge de 22 ans, Mme R... accouche, dans des conditions normales, d'un premier enfant, en juin 1909, puis d'un second, né prématurément au septième mois, en novembre 1910. Ces deux enfants sont actuellement bien portants, mais très nerveux. C'est au début de l'année suivante, à l'âge de 24 ans que la malade présente pour la première fois une crise épileptique et d'après les renseignements pris auprès de la famille, il est impossible de trouver une cause à cette crise convulsive. D'autres crises suivent bientôt, d'abord espacées, puis se répétant jusqu'à 5 fois par jour; elles s'accompagnent de perte de connaissance, de mouvements convulsifs, de morsure de la langue avec mousse sanguinolente aux lèvres, d'émission d'urine et sont suivies d'amnésie. La malade est d'ailleurs vue par un neurologue qui porte le diagnostic d'épilepsie.

En août 1911, Mme R... accouche, au sixième mois d'une nouvelle grossesse, d'un enfant mort-né et le même événement se reproduit dans des conditions identiques l'année suivante sans que ces deux grossesses aient amené une suspension des crises. En 1918, par contre, ces dernières cessent spontanément et ne se reproduisent plus pendant un an.

Des troubles mentaux débutent soudainement le 1^{er} juin 1919; à cette époque, Mme R... revient précipitamment du Midi et présente une crise d'agitation violente avec hallucinations, au cours de laquelle elle crie : « au secours ! » et se défend contre des accusations imaginaires. La famille note aussi, à ce moment, des troubles de la mémoire, des idées bizarres, puis l'état d'agitation s'aggravant, la malade est internée d'office le 2 juin 1919, dans une maison de santé et transférée à la Maison Nationale de Charenton, le 21 novembre de la même année, avec le certificat suivant : « Est atteinte d'un état mélancolique avec idées délirantes polymorphes mystiques et d'indignité, de culpabilité, de persécution, d'empoisonnement, d'influence; fausses reconnaissances, humeur triste, inertie, mutisme, indifférence, gémissements, lamentations, crises de larmes, attitudes passionnelles, représentations mentales auditives et visuelles, agitation anxieuse fréquente, à prédominance nocturne, avec instabilité motrice, désordre des actes, impulsions violentes envers l'entourage, bris d'objets, refus d'aliments, alimentation presque continuelle à la sonde œsophagienne. Les troubles mentaux ainsi caractérisés rendent cette malade, qui a manifesté pendant plusieurs années des crises épileptiformes, dangereuse pour elle-même et pour autrui. D^r A... ».

Le certificat de 24 heures est ainsi conçu : « Est atteinte d'obnubilation intellectuelle, avec négativisme, impulsions violentes, mutisme. Refus partiel des aliments. D^r M... »

Examen direct. — A son entrée, Mme R... refuse de parler, reste étendue sur son lit, immobile, les yeux à demi ouverts, résiste à tout examen. Les réflexes patellaires sont vifs.

Depuis qu'elle est dans le service, la malade présente des périodes de dépression avec torpeur cérébrale, mutisme et refus des aliments, qui durent de quelques

jours à quelques semaines. Entre ces périodes, elle passe par des phases de demi réveil pendant lesquelles elle parle sur un ton agressif, manifeste sa mauvaise humeur et prononce des mots incohérents, parfois enfin, elle est prise d'accès de colère subits, au cours desquels elle frappe les infirmières, brise les objets, puis retombe dans sa torpeur et son mutisme habituels. La parole est explosive, entrecoupée d'éclats de rire; l'attitude dans le lit, que la malade refuse de quitter est figée, mais sans catatonie. Il n'y a pas de suggestibilité, mais le négativisme est marqué. Les troubles du caractère se manifestent par des accès de violente colère, éclatant brusquement et s'accompagnant de pâleur de la face.

Mme R... présente à de rares instants des intervalles de calme pendant lesquels l'interrogatoire est possible et permet d'apprécier son fond mental. On constate alors un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles portant surtout sur la mémoire, le jugement et l'affectivité. La malade connaît la date de sa naissance, mais ignore depuis combien de temps elle est ici, ainsi que la date actuelle et ne sait où elle se trouve. Elle n'a pas conscience d'être ou d'avoir été malade. L'indifférence émotionnelle est marquée, les sentiments affectifs sont très diminués.

On constate des idées délirantes polymorphes souvent absurdes, non systématisées. Au milieu de quelques idées vagues de persécution et d'empoisonnement, la malade raconte qu'elle a 40 enfants vivants, dont l'aîné a 20 ans; elle est encore enceinte actuellement de son mari, avec lequel « elle met les bouchées doubles ». Elle ne présente pas d'idées mystiques. On note quelques illusions de fausses reconnaissances, mais il ne semble pas y avoir d'allucinations ni d'interprétations.

L'examen physique ne révèle aucun stigmate congénital de dégénérescence; on ne trouve pas de traces de morsure de la langue; l'examen des gros appareils ne décèle rien de particulier, les urines ne contiennent ni

sucré, ni albumine. Les réflexes patellaires sont normaux; les pupilles égales sont dilatées et réagissent paresseusement. On ne note pas de trouble de la sensibilité. Le Wasserman est négatif.

En résumé, cette malade sans tares héréditaires connues, est atteinte de chorée à l'âge de 13 ans. Elle se marie à l'âge de 22 ans, a deux enfants qui sont actuellement bien portants. A 24 ans, sans cause apparente, elle présente une première crise d'épilepsie. Les crises se renouvellent dans la suite et augmentent de fréquence au point de survenir plusieurs fois par jour. A 26 ans, nouvelle grossesse, la malade accouche d'un enfant mort-né; à 27 ans, quatrième grossesse qui se termine de la même façon. Les crises qui avaient continué à se manifester pendant ces grossesses disparaissent spontanément. A l'âge de 32 ans à 33 ans, apparaissent des troubles mentaux qui nécessitent immédiatement l'internement et rapidement, en quelques mois, le syndrome mental revêt les caractères de la démence précoce et ne présente, depuis quatre ans, aucune modification. On constate des périodes de torpeur cérébrale avec mutisme et refus d'aliments, alternant avec des périodes de demi-agitation au cours desquelles la malade parle sur un ton agressif, prononce des mots incohérents, frappe les infirmières, brise les objets. A de rares moments, on observe des intervalles de calme qui permet d'apprécier son état mental. On constate un affaiblissement intellectuel profond, des idées délirantes polymorphes, des idées de grossesse, des illusions de fausses reconnaissances. L'examen physique ne décèle aucun symptôme d'une lésion organique du système nerveux, aucune lésion des grands appareils. La réaction de Wasserman est négative.

CHAPITRE III

Discussion pathogénique

Les cas que nous venons d'exposer ne peuvent être classés dans le groupe des déments épileptiques. Les troubles psychiques non seulement n'ont pas débuté après des crises comitiales, mais ils sont apparus dans deux cas au moment où celles-ci devenaient de plus en plus rares. On ne peut admettre que les lésions corticales diffuses, substratum de tout état démentiel, ont été déterminées chez nos malades par les crises comitiales.

Nos observations ne peuvent être considérées comme des cas de démence précoce avec épilepsie, puisque le mal comitial a disparu au moment où s'installait l'état démentiel. Si l'on ignorait les antécédents convulsifs de nos sujets, cliniquement on n'aurait aucune hésitation à les considérer comme des déments précoces. C'est, d'ailleurs, le seul diagnostic que l'on peut poser en présence de tels malades.

Leur état mental ne peut être assimilé aux troubles psychiques qui sont consécutifs aux accès épileptiques et qui sont en relation immédiate avec eux, ou aux accidents mentaux transitoires qui constituent l'épilepsie larvée. La continuité même des troubles s'op-

pose à ce diagnostic. De plus, le syndrome mental n'a rien de commun avec les délires violents, les crises de colère ou de fureur, les accès maniaques, les impulsions qui sont des équivalents des crises convulsives. De nombreux auteurs, et principalement les anciens, ont publié des observations très intéressantes dans lesquelles les crises épileptiques convulsives cessent à un certain moment et sont remplacées ensuite uniquement par des accès d'épilepsie psychique. On a même décrit des cas d'attaques prolongées d'épilepsie larvée sous forme de lypémanie avec mutisme (Franzolini et Celotti) (1), sous forme de délire paranoïde durant quelques semaines caractérisé par l'apparition d'une série d'idées délirantes plus ou moins systématisées (Bianchini) (2). Nos cas diffèrent complètement de ces observations puisque les troubles mentaux sont chroniques et revêtent l'aspect du syndrome de la démence précoce. Notre première malade est démente depuis 23 ans, la seconde depuis 9 ans, la troisième depuis 4 ans. Il est une particularité intéressante à relever, c'est que nos sujets continuent à présenter, malgré leur déchéance intellectuelle, des impulsions violentes si communes chez les épileptiques, mais aussi, il faut le reconnaître, chez les déments précoces.

Il ne reste donc à discuter que les deux points suivants : n'y a-t-il eu chez nos malades qu'un simple rapport de succession entre le mal comitial et la démence précoce ? Peut-on admettre un lien pathologique entre les deux formes mentales ?

(1) F. FRANZOLINI et F. CELOTTI. Attaque prolongée d'épilepsie larvée sous forme de lypémanie et de mutisme (*Arch. ital. per le malattie nervose*, 1881).

(2) LEVI BIANCHINI. Épilepsie paranoïde (*Arch. di psych. neurop. antrop. crim. e med. leg.*, juillet 1904, et *Revue neurop.*, t. XII, 1904, p. 15).

Il n'est pas facile de répondre à ces deux questions et on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses.

L'épilepsie et la démence précoces sont deux affections qui se développent sur un terrain dégénératif. Les auteurs qui, dans la pathogénie des névroses et des psychoses, attribuent la plus grosse part à la prédisposition, interprèteraient ainsi la succession de l'épilepsie et de la démence précoce chez nos sujets. Cette explication pourrait être admise d'autant plus facilement que nos malades, par leurs antécédents héréditaires qui, chez tous sont chargés, rentrent évidemment dans le groupe des grands prédisposés.

Parmi les formes morbides qui composent le groupe des psychoses des prédisposés, certaines sont très voisines, telles par exemple l'épilepsie, la démence précoce, la psychose périodique. De plus, les cas de transition entre ces syndromes sont si nombreux qu'on peut les confondre et qu'au début de leurs manifestations on ne peut prévoir dans quelle direction se fera l'évolution de l'affection mentale (D'Ormea et Alberti) (1). Ces considérations permettent d'expliquer comment, chez le même malade, on peut observer soit la succession, soit la coexistence de divers syndromes dégénératifs, entre autres l'épilepsie et la démence précoce.

Tout en attachant ainsi une grande influence au terrain, ne peut-on pas envisager le problème sous une autre face et chercher une explication basée sur des considérations anatomo-cliniques ?

L'épilepsie n'est plus considérée comme une entité morbide, mais comme un syndrome pouvant appa-

(1) A. D'ORMÉA et A. ALBERTI. Sur les affinités cliniques entre la démence précoce, l'épilepsie et la folie maniaque dépressive (*Note e Riv. de Psich.*, vol. 2, n° 2, avril-juin 1909, p. 145).

raître au cours de différentes maladies cérébrales (1). Les lésions cortico-méningées qui se traduisent si souvent chez les jeunes sujets par des crises épileptiques, au lieu de se fixer, peuvent évoluer, devenir plus profondes, plus diffuses et se traduire cliniquement par les symptômes de la démence précoce. Ainsi on peut comprendre que les mêmes lésions cérébrales cortico-méningées peuvent se rencontrer dans des syndromes mentaux aussi divers que la démence précoce avec épilepsie, la démence épileptique à forme de démence précoce, le mal comitial précédant l'évolution de la démence précoce.

Dans les cas comme les nôtres, on peut se demander pourquoi l'épilepsie a cessé au moment où sont apparus les troubles démentiels. Nous ne pouvons répondre à cette question. Nous constatons cependant que le fait se rencontre dans d'autres affections. Au cours de certaines observations de tumeur cérébrale, de paralysie générale, de démence épileptique même, on peut voir les crises convulsives survenir longtemps avant l'apparition des troubles intellectuels et devenir plus rares et même disparaître à mesure que progresse l'affaiblissement intellectuel. Ce sont là des constatations cliniques dont l'explication reste encore obscure.

D'ailleurs, nous ne pouvons prévoir si les crises épileptiques ne reparaitront pas un jour chez ces malades. Ne voyons-nous pas fréquemment des épileptiques ne plus présenter de crises convulsives pendant plusieurs années et celles-ci reparaitre ensuite sans cause apparente.

(1) De l'épilepsie (*Gaz. des Hôp.*, 2 février 1909, p. 147).

CONCLUSIONS

I. — A côté des déments précoces présentant des manifestations épileptiques, et à côté des épileptiques aboutissant à la démence, il existe une catégorie de malades primitivement épileptiques, chez qui apparaît le syndrome de la démence précoce alors que cessent les crises comitiales.

II. — Ces malades ne sont pas des déments précoces à manifestations comitiales, parce que chez eux le syndrome épileptique a disparu le jour où s'installait la démence.

III. — Ces malades ne sont pas des déments épileptiques parce que chez eux il n'y a pas de rapport entre l'évolution de la démence et l'évolution du mal comitial.

IV. — Ces malades ne sont pas non plus des comitiaux chez lesquels l'épilepsie convulsive s'est transformée en épilepsie psychique, parce que leurs troubles mentaux ne présentent pas le caractère transitoire ni la symptomatologie des équivalents.

V. — On ne peut faire que des hypothèses sur les rapports de l'épilepsie et de la démence précoce. L'épi-

lepsy et la démence précoce surviennent fréquemment sur un terrain dégénératif et on peut comprendre ainsi la succession de ces deux affections chez nos sujets qui sont manifestement des prédisposés.

VI. — Tout en attachant une grande influence au terrain, ne peut-on envisager dans cette succession des deux syndromes, épilepsy et démence précoce, l'évolution de mêmes altérations cortico-méningées qui, après s'être manifestées cliniquement par des crises comitiales, continueraient à évoluer pour aboutir au syndrome de la démence précoce.

Vu : Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

CLAUDE.

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BOISDARD. — Sur la démence précoce. Thèse de Paris, 1905.
- BOURNEVILLE, BRISSAUD et D'OLLIER. — Contribution à l'étude de la démence épileptique. *Arch. de Neurologie*, 1880,-1881, T. I.
- CHARPENTIER. — Les démences précoces. Congrès annuel de médecine mentale. Rouen, 1890.
- CHENAIS. — Symptômes physiques de la démence précoce catatonique. Paris, 1902.
- CLAUS. — Catatonie et stupeur. Bruxelles, 1903.
- CLAUS et VAN DER STRICH. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie, 1890.
- DAGONNET. — *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876.
- DAGONNET. — De la stupeur dans les maladies mentales. *Ann. méd. psych.*, 5^e série, Vol. 7, 1872.
- G. DENY et P. ROY. — La démence précoce. Paris, 1903.
- DIEFENDORF. — Symptômes de début de la démence précoce. *Record Médical*, 1903.
- FALRET. — Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1890.
- KAHLBAUM. — Die Katatonie. Berlin, 1874.
- KRÖPELIN. — *Psychiatrie*, 2^e volume, 7^e édition, Leipzig, 1905.

- L. MARCHAND. — *Manuel de Médecine mentale*, Paris, 1908.
- L. MARCHAND. — De l'épilepsie chez les déments précoces. *Revue de Psychiatrie*, 1908.
- L. MARCHAND. — De l'idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques. *Revue de Psychiatrie*, 1907.
- MASOIN. — Remarques sur la catatonie. *Journal de Neurologie*, 1902. Communications au Congrès de Bruxelles, 1903.
- MEUS. — De la démence précoce. *Journal de Neurologie*, nov. 1902.
- MEUS. — De la démence précoce chez les jeunes gens. *Bulletin de la Société de Méd. mentale Belge*, 1902.
- MEUS. — Considérations sur la signification clinique de la démence précoce. *Ann. Méd. psych.*, 1904.
- MORAWITZ (Mlle). — Klinische Mischformen von Epilepsie ü Katatonie. Zurich, 1900.
- Mlle la D^{re} PASCAL. — Les ictus dans la démence précoce. *Encéphale*, sept. 1906.
- Mlle la D^{re} PASCAL. — La démence précoce, Paris, 1911.
- REYNAU. — Démence précoce et hystérie, Bordeaux, 1905.
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, Paris, 1903.
- SCHULE. — *Handbuch der Psychiatrie*, 1878.
- SCHULE. — Démence hystérique primitive avec dégénérescence, in *Traité clinique des maladies mentales*, 1888, p. 238.
- SCHULE. — Allgen. Zeitschrift. f. Psych., 1898.
- SEGLAS. — Catatonie et démence précoce. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1902.
- SÉRIEUX. — Démence précoce. *Revue de Psychiatrie*, 1902, p. 241.
- SÉRIEUX. — Démence précoce. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1901.

SÉRIEUX et MASSELON. — Troubles physiques et les déments précoces. *Soc. médico-psych.*, 1902, T. II, p. 449.

TREPSAT. — Troubles physiques de la démence précoce hebephreno-catatonique, Paris, 1903.

VOISIN. — Démence épileptique, paralytique, spasmodique infantile. *Congrès de Grenoble*, 1902, vol. II.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
I. — Des différents rapports de la démence précoce avec l'épilepsie	14
II. — Démence précoce apparaissant chez des épi- leptiques ne présentant plus de crises convul- sives. Observations.....	26
III. — Discussion pathogénique.....	45
Conclusions.	49
Bibliographie.....	51

